

	AUTORIZZAZIONE TRASFERIMENTO LOCALI FARMACIA	Autorizzazione trasferimento locali (FT.MO.2404.00).doc pag 1/1
--	---	---



Al sig. Sindaco del Comune di Lei (NU)

Alla Direzione Generale della ASL di Nuoro (NU)

E.p.c. Alla Farmacia Territoriale della ASL di Nuoro (NU)

OGGETTO: ISTANZA AUTORIZZAZIONE TRASFERIMENTO SEDE FARMACEUTICA IN ALTRI LOCALI.

Il sottoscritto **Dott. Gammino Giuseppe** Titolare della Farmacia "Farmacia del Dott. Gammino Giuseppe", avente sede farmaceutica unica nel Comune di Lei (NU), ubicata in Piazza Donna Antonica Serra n° 3; come risulta dall'atto: Determinazione del Direttore del Servizio n° 325 del 20/04/2011 per l'Autorizzazione alla Titolarità della sede Farmaceutica nel comune di Lei (NU), rilasciata dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

CHIEDE

l'autorizzazione a trasferire la farmacia dai locali attuali a quelli ubicati in Via Brigata Sassari n° 3.

A tal fine allega la seguente documentazione:

- 1) Planimetria aggiornata dei locali in scala 1:100, in cui è evidenziata la suddivisione dei medesimi, le misurazioni ed ogni elemento utile per identificare al meglio le caratteristiche dei locali stessi;
- 2) Ricevuta di agibilità Pratica Suape: Codice univoco SUAP 00497760223-19052023-1714.623392, data presentazione 30/05/2023, numero protocollo 2295;
- 3) Relazione Asseverativa;
- 4) Documento d'identità;
- 5) Dichiarazione annullamento marca da bollo.

Il sottoscritto si rende disponibile a produrre eventuale altra documentazione che codesta Amministrazione riterrà eventualmente utile per il rilascio dell'autorizzazione richiesta.

Rende noto che a far data dal **01/06/2023** i locali potranno essere visionati al competente Servizio per la valutazione dell'idoneità igienico-sanitaria dei medesimi.

luogo e data

Lei, lì 08/06/2023

Firma del Titolare

FARMACIA Dr. GAMMINO GIUSEPPE
Piazza D. A. Serra, 3 - 08010 LEI (NU)
Giuseppe
Cod. Fisc. GMMGPP62A22B745Z
P. IVA 03346890928